21.

Extrait de la *REVUE D'OPHTALMIE*, n° de novembre 1879.

# DE L'EXOPHTALMIE

**Par le docteur H. ROMIÉE (de Liége).**

## *I. Inflammation de la capsule de Ténon, suite d'un abcès de la joue.*

L'excessive rareté de l'inflammation de la capsule de Ténon m'engage à faire connaître l'observation suivante :

Le 21 avril 1875, je suis appelé à examiner M. P., âgé de 37 ans. Il présente une affection de l'œil gauche. Le médecin traitant, M. le Dr Tasset, me rapporte que M. P. a souffert de la goutte à diverses reprises, et qu'il y a quatre semaines il a été atteint d'une angine et stomatite diphthéritiques. Celles-ci ont été combattues avec succès par MM. les Drs Tasset et Putzeys, et elles ne laissent à leur suite qu'une diminution de l'embonpoint et l'ouverture d'un abcès de la joue gauche qui s'est vidé dans la cavité buccale. La poche abcédée semble se réduire de plus en plus, mais elle produit toujours du pus. Le malade n'est pas syphilitique.

Depuis hier l'œil gauche est manifestement proéminent : on remarque une rougeur sous-conjonctivale périkératique et un léger chémosis à la partie inférieure du globe. L'acuité visuelle est normale, l'œil est emmétrope. Aucun autre phénomène, ni local ni général, ne peut être constaté. Le malade éprouve seulement une certaine gêne du côté de l'œil dont les mouvements sont conservés. Le diagnostic précis doit être tenu en suspens.

Le traitement consiste en de légers dérivatifs sur le tube intestinal (vu l'état de la bouche, nous croyons devoir écarter le calomel) et en applications émollientes sur l'œil.

Le lendemain, l'état de l'œil est le même ; le 23, la proéminence du globe est plus accentuée et les mouvements oculaires sont gênés : ces deux symptômes s'améliorent le 24.

Le 25 avril, le chémosis est plus prononcé ; il s'étend autour de la cornée : au niveau de l'insertion du droit interne. il est plus saillant que partout ailleurs et se présente sous la forme de petite tumeur. Nous portons le diagnostic de phlegmon de la capsule de Ténon.

Je plonge un couteau de de Graefe le long du muscle droit interne, afin d'obtenir si possible un dégorgement des tissus; je pratique une ouverture assez considérable à la capsule de Ténon, persuadé que je rencontrerai du pus; mes prévisions ne se réalisent pas, un peu de sérosité sanguinolente apparaît.

Le 28 avril, l'état de l'œil ne s'est pas modifié; j'ai laissé se refermer l'ouverture que je jugeais inutile de maintenir. Je constate aujourd'hui un développement plus accusé du chémosis, et il existe même au côté interne du globe une petite tumeur jaunâtre qui indique la présence du pus. Je ponctionne profondément cette tumeur, et il s'écoule une bonne quantité de pus: une mèche de charpie maintiendra l'ouverture de la plaie; des cataplasmes émollients seront appliqués continuellement. Le soir, le chémosis est réduit de beaucoup sans avoir encore disparu, et la protrusion du globe a diminué.

Le 30, l'amélioration est encore plus marquée, cependant il persiste un chémosis formant un léger bourrelet conjonctival au-dessus du bord de la paupière inférieure; l'œil reste encore un peu proéminent.

Jusqu'au 31 mai, la plaie a produit un écoulement purulent, mais la quantité de liquide a été variable: ainsi parfois en pressant sur le globe il sort beaucoup de pus, tandis qu'à d'autres moments la pression n'amène qu'une très minime sécrétion. Pendant ce laps de temps les phénomènes subjectifs se résument en une gêne que le malade éprouve dans l'orbite et que les mouvements du globe oculaire augmentent; les mouvements oculaires sont plus limités dans leur étendue qu'à l'état normal, et la diplopie apparaît dans les directions extrêmes. L'acuité visuelle reste $S = \frac{1}{1}$, et l'ophtalmoscope, à différents examens, révèle l'existence d'un léger œdème péripapillaire (celui-ci a persisté jusqu'au commencement du mois de juin).

L'état général du malade va en s'améliorant; l'abcès de la joue marche lentement vers la guérison.

Le 18 mai, alors que j'espérais arriver au terme de la maladie, le chémosis redevient aussi prononcé qu'il l'a été, et la saillie du globe reparaît plus évidente que jamais; les

mouvements oculaires sont plus difficiles. Le traitement avait consisté en cataplasmes émollients sur l'œil pendant le jour et en un bandeau compressif pendant la nuit; la sécrétion était évacuée plusieurs fois par jour. En outre les toniques et les dérivatifs intestinaux étaient mis en usage.

Le diagnostic de phlegmon de la capsule de Ténon devait être maintenu. Mais l'origine nous échappait absolument: les causes auxquelles on attribue cette affection sont l'érésipèle de la face, le traumatisme, que nous devons écarter tout de suite, et le refroidissement que nos recherches ne nous autorisent pas à admettre dans ce cas.

La goutte pouvait-elle être invoquée? M. le Dr Tasset essaya à peu près en vain de la ramener aux pieds en les entourant de sinapismes.

Le 23 mai, ayant résolu de recourir aux injections modificatrices, je pratiquai, au moyen de la seringue de Desmarres, une injection d'eau tiède par l'ouverture existant au niveau du droit interne. Je fus quelque peu surpris de voir tout le liquide disparaître, et de sentir au moment même se former un noyau dur à la joue au niveau de la poche abcédée. La pression à cet endroit fit refluer immédiatement le liquide à travers l'ouverture conjonctivale. En présence de M. le Dr Tasset je renouvelai plusieurs fois de suite cette expérience en ayant soin de comprimer tout le rebord orbitaire inférieur, et le résultat fut chaque fois le même: le liquide refluait en grande partie par le lieu de l'introduction et le reste se déversait en partie dans la bouche.

Le 26 mai, M. le Dr Borlée en consultation vit ce malade et approuva le traitement: celui-ci consistait localement en une compression légère, en dehors des applications tièdes deux fois par jour pendant deux heures, et en injections d'eau dans la capsule de Ténon.

Le 27 juin : depuis le commencement du mois la plaie buccale est fermée et l'affection oculaire a été en s'améliorant, mais non sans offrir de temps à autre de petites augmentations dans la proéminence du globe et dans la quantité de pus sécrété. A partir du 10 juin, le malade a éprouvé des douleurs

sourdes dans la partie orbitaire de l'os frontal; mais, pas plus qu'au début de l'affection, l'examen le plus approfondi possible ne m'a rien fait découvrir d'anormal dans les os de l'orbite. Depuis le 24 juin, la sécrétion est tarie, et la plaie oculaire est aujourd'hui fermée.

Le 1er juillet, l'œil est encore un peu proéminent, et un léger chémosis inférieur persiste encore.

Le 9 juillet, la protrusion du globe a complètement disparu, mais le malade éprouve encore un peu de gêne dans l'orbite.

Le 16 juillet, le malade est entièrement guéri : les mouvements oculaires, l'aspect de l'œil, tant au fond qu'à l'extérieur, et les fonctions visuelles sont dans les conditions normales.

*Réflexions.* Voilà un cas d'exophtalmie se déclarant chez un homme ayant déjà éprouvé des attaques de goutte et parvenu au terme d'une maladie grave (angine et stomatite diphthéritiques) qui l'a affaibli.

On sait qu'en général une exophtalmie doit faire craindre une maladie grave, soit par rapport à la vie (thrombose de la veine ophtalmique et des sinus, tumeurs sarcomateuses, etc.), soit par rapport à la vision (phlegmon de l'orbite, etc.), soit par rapport à la durée (périostite limitée, etc.). Il était don, urgent de poser le diagnostic exact le plus tôt possible. Nous pouvions nous trouver en présence d'un phlegmon de l'orbite d'un phlegmon de la capsule de Ténon, ou d'une périostitq aiguë ou chronique. Je ne parlerai pas d'un grand nombre de tumeurs qui peuvent prendre naissance dans l'orbite et qui offrent des caractères bien différents de ceux que déterminent les inflammations; j'aurai celles-ci plus particulièrement en vue. Quant au goître exophtalmique, outre qu'il existe presque toujours simultanément aux deux yeux, il s'accompagne des phénomènes cardiaques, du goître et du spasme de la paupière supérieure, symptômes qui permettent un diagnostic le plus souvent facile.

Dans le phlegmon de l'orbite, l'exophtalmie s'associe à une gêne des mouvements de l'œil, à des douleurs vives spontanées et provoquées par la pression du globe, et encore à la

fièvre qui existe presque toujours. Dans notre cas, ces symptômes faisaient défaut.

La périostite aiguë, lorsqu'elle est étendue, provoque souvent le phlegmon de l'orbite et se caractérise par de la douleur qui augmente à la pression; si elle est localisée, outre la douleur spontanée ou provoquée, elle déplace l'œil dans le sens opposé à son siège. Si l'affection revêt la forme chronique, les douleurs existent encore. L'absence de douleur et le bourrelet périkératique assez prononcé faisaient écarter le diagnostic de périostite. Quant à la carie et à la nécrose, elles sont précédées de la périostite avec son cortège de symptômes.

Nous devions donc admettre l'inflammation de la capsule de Ténon, diagnostic que la marche de la maladie a confirmé.

Cependant ne découvrant pas la cause de cette affection, et l'écoulement du pus ne tarissant pas rapidement, je me suis demandé plusieurs fois si l'os du plancher orbitaire n'était pas affecté et si la carie n'entretenait pas la sécrétion morbide parfois assez fétide. L'examen de l'orbite ne m'a fait découvrir aucun état anormal; j'ai cherché, en introduisant à travers l'ouverture conjonctivale un stylet auquel j'ai donné toutes les courbures possibles, à constater quelque lésion osseuse; mes recherches ont été vaines. Si à la fin de la maladie M. P. a éprouvé quelques douleurs périorbitaires, siégeant surtout à l'arcade orbitaire supérieure, sourdes et n'augmentant pas par la pression, nous croyons qu'elles étaient indépendantes de l'affection de l'œil pour ainsi dire guérie à ce moment.

Une exophtalmie peu accentuée, un bourrelet périkératique, un peu de diminution des mouvements du globe oculaire, sans douleurs, sans fièvre, sans trouble de la vision, étaient les seuls symptômes que nous observions. C'était donc bien à l'inflammation de la capsule de Ténon que nous avions affaire.

Quant à l'étiologie de l'affection, elle était embarrassante au début : il n'y avait pas de cause traumatique; si des maladies graves (fièvre typhoïde) déterminent quelquefois des abcès de l'orbite, ceux-ci sont rares dans la convalescence; de plus nous étions en présence d'un convalescent jouissant

Nous observons ici des symptômes méningitiques et une exophtalmie modérée, et nous pensons avoir affaire à une inflammation de la paroi orbitaire, limitée à une partie profonde et peu étendue de la paroi supérieure de l'orbite : les différents phénomènes constatés sont ainsi parfaitement expliqués.

Après l'application des sangsues, le malade devient beaucoup plus calme, mais il n'a pas recouvré la raison.

Le 20 août, nous revoyons M. M... à peu près dans le même état : le bras et la jambe droits sont paralysés, toujours perte de connaissance. Le pouls est à 120, mais moins résistant ; 'exophtalmie se maintient au même degré ; la pupille est plus rétrécie. La paupière supérieure est plus tuméfiée, et, près du rebord orbitaire, la tuméfaction semble annoncer du pus. Je pratique une ponction sans résultat..

Nous prescrivons du calomel à hautes doses.

Le 21 août. Toute la journée d'hier n'a apporté aucune modification, les selles ont été très abondantes. Le pouls est à 104, et le délire persiste. Les frictions mercurielles sont continuées, et il sera administré 15 centigr. de sulfate de quinine toutes les deux heures.

Le 22 août, nous trouvons une grande amélioration dans l'état du malade : il est redevenu moins inconscient, il est calme. La peau n'est plus brûlante ; le pouls est encore à 100, mais aussi dépressible. L'exophtalmie reste au même degré ; à la partie supérieure du globe, sous la paupière, nous remarquons une saillie, dans laquelle je pratique une ponction profonde, en suivant autant que possible la paroi supérieure de l'orbite. Cette opération amène la sortie d'une bonne quantité de pus. Le stylet nous permet de constater que l'os frontal est dénudé dans une partie assez profonde de l'orbite. Une mèche de charpie est maintenue dans l'ouverture pour favoriser l'écoulement du pus.

Vers la soirée, le jeune M.., a pu mouvoir le bras droit et il a demandé quelque nourriture ; la sécrétion a continué.

Le 23 août, l'amélioration s'accentue : le pouls est toujours à 100, mais la peau est bonne. Le malade reconnaît ses mé-

decins. La compression fait évacuer une très faible quantité de pus. La pupille n'est plus rétrécie et l'œil n'est pour ainsi dire plus proéminent.

Régime très léger. Purgatif salin.

Le 24, l'état général paraît favorable, le malade répète les questions qu'on lui adresse. Un nouveau signe vient compliquer l'état local : le bord orbitaire et le frontal, qui n'avaient offert rien d'anormal, sont empâtés ; le périoste est soulevé. Le pus sort en abondance.

Le 25 août, l'empâtement du frontal a diminué. Le globe oculaire n'est plus que légèrement saillant : la sécrétion continue assez abondamment. Le malade n'a plus de fièvre ; il est soumis à un traitement tonique.

Le 26 août, l'état général va toujours en s'améliorant. Le malade répond assez facilement aux questions qui lui sont adressées ; cependant, quand on lui demande de montrer la langue, il ne peut la pousser, et il finit par la faire sortir de la bouche au moyen de la main ; il sait la retirer. La sécrétion n'est plus que séreuse ; l'empâtement du frontal existe toujours. Nous maintenons l'ouverture qui tend à se fermer de plus en plus. Le globe oculaire a pour ainsi dire repris sa position normale.

Le 15 septembre. Depuis le 27 août, l'état général a été en s'affaiblissant : le cerveau s'est de nouveau entrepris, l'œdème l'a envahi ; M. M...est dans le coma depuis quatre jours. L'ouverture conjonctivale, à la partie supérieure du globe, a dû plusieurs fois être rétablie et agrandie, le pus a coulé sans arrêt, ce qui n'a pas empêché tout le frontal de devenir malade. La mort survient le soir.

Nous avons donc été en présence d'une périostite qui s'est terminée par suppuration : limitée d'abord, elle s'est étendue ensuite à la plus grande partie de l'os frontal. L'inflammation dès le début s'est propagée aux méninges : c'est l'affection cérébrale qui a emporté le malade.

Quelle était la cause de cette périostite avec exophtalmie ? Nous avons appris, peu de temps après la mort, que le jeune homme avait reçu sur la tête un coup de bâton, quelques se-

maines avant la dernière maladie, nous n'en avons pas vu les traces. Comme notre sujet n'était ni syphilitique ni scrofuleux, je suis porté à croire que l'os frontal aura subi vers la voûte orbitaire quelque lésion (fissure ou fracture), et que c'est en ce point que l'inflammation se sera déclarée pour produire l'exophtalmie d'un côté, et les symptômes cérébraux de l'autre, pour se terminer comme nous l'avons rapporté.

### *III. Exophtalmie double. Thrombose des sinus caverneux.*

Je suis appelé, le 4 juillet 1879, auprès de madame D... Elle est âgée de 32 ans, elle a eu trois enfants ; son tempérament est manifestement lymphatique. Je ne trouve dans ses antécédents rien qui mérite d'être signalé. Depuis une huitaine de jours, elle souffre d'une légère céphalalgie qui a son siège principal vers le front ; depuis deux jours, elle a perdu tout appétit, et elle se sent affaiblie au point de tenir le lit. L'œil droit est légèrement proéminent, avec un bourrelet chémosique peu prononcé et une injection périkératique assez marquée, l'acuité visuelle est normale ; la pupille, comparée avec celle de l'œil gauche, est rétrécie ; les mouvements oculaires sont conservés. Le bord de la paupière supérieure offre une certaine tuméfaction.

L'interrogatoire, pas plus que l'examen de tous les organes (cœur, etc.), ne me permet de découvrir la cause de cette exophtalmie.

En présence de ces symptômes, on pourrait croire à l'inflammation de la capsule de Ténon, si la paupière était intacte; mais la tuméfaction de la paupière et le rétrécissement pupillaire me fait craindre une maladie plus sérieuse. Aussi je crois de mon devoir de prévenir M. D. de la gravité probable de l'état de sa femme.

Je prescris des frictions mercurielles périorbitaires, du calomel à doses purgatives, et des applications émollientes sur l'œil.

Le 5 juillet, j'apprends que la malade a eu des selles abon-

dantes. La tuméfaction des paupières de l'œil droit est prononcée au point que la malade ne peut plus l'ouvrir, cette tuméfaction a envahi le front. Je dois écarter les paupières pour examiner l'œil, qui proémine davantage et qui a ses mouvements beaucoup moins faciles et plus limités ; la pupille est modérément dilatée. A l'ophtalmoscope je constate une dilatation des veines, mais il n'y a pas d'œdème péripapillaire. L'examen des parois orbitaires ne me donne aucun résultat. La peau est chaude et le pouls à 108.

Traitement : Huit sangsues à l'apophyse mastoïde droite, les faire couler longtemps. Sulfate de quinine, 15 centigr. toutes les deux heures. Continuer les frictions mercurielles et les applications tièdes. Dans le cas possible où un abcès se serait formé derrière le globe oculaire, j'enfonce profondément un couteau de de Graefe le long du muscle droit externe : cette ponction amène un petit écoulement de sang.

Le 6 juillet. La saignée locale a été abondante ; la malade a assez bien dormi, elle dit ne plus éprouver de maux de tête, et ne pas avoir d'appétit. La peau reste encore brûlante, le pouls est tombé à 92. La tuméfaction des paupières et du front n'a pas diminué, la paupière supérieure est couverte de phlyctènes ; le globe oculaire proémine un peu plus et est devenu complètement immobile ; le chémosis est considérable et rouge ; la pupille est fort dilatée ; la vision de cet œil est abolie.

L'œil gauche devient saillant ; il offre une injection périkératique sans chémosis ; la pupille est modérément dilatée ; les paupières sont tuméfiées et rougeâtres vers leur bord libre. Pas de douleur à la pression.

Le diagnostic n'est plus douteux et nous devons être en présence d'une *thrombose des sinus caverneux*.

Je renouvelle la ponction de l'orbite, mais le résultat est le même que celui de la veille.

Le même traitement est continué, et de nouveau huit sangsues seront appliquées derrière chaque oreille.

Le soir, je retrouve la malade à peu près dans le même état. La protrusion de l'œil droit a plutôt diminué ; mais

celle de l'œil gauche devient plus marquée, le chémosis est développé.

Le 7 juillet, l'œil gauche est dans le même état que l'œil droit. Les quatre paupières sont très tuméfiées et violacées. Le front jusqu'à la racine du cuir chevelu est œdématié et offre également une teinte violacée. Pour procéder à l'examen des yeux, il faut écarter les paupières, ce qui se fait même assez difficilement. Ils sont immobiles, à pupille énorme, ne percevant plus même la lumière, et entourés d'un chémosis rouge vineux considérable.

L'état général reste le même; la malade parle facilement et se plaint seulement de ne pas voir.

Ces phénomènes sont constatés par M. le Dr Borlée, qui, en approuvant le traitement, propose de scarifier les chémosis. Quoique n'ayant dans ce moyen, surtout lorsque l'affection siège ailleurs que dans les conjonctives et lorsque la cornée n'est nullement exposée, que peu de confiance, je pratique les scarifications qui ne peuvent avoir ici aucun effet nuisible. Les autres prescriptions seront continuées et une nouvelle application de sangsues aux apophyses mastoïdes est ordonnée. La malade prend un peu de lait et de bouillon. Le soir, je ne constate aucune modification dans l'état de madame D. — Je prescris un purgatif salin.

Le 8 juillet, l'œdème du front et des paupières persiste, il s'étend à la racine du nez et à la lèvre supérieure. Les globes oculaires sont tels qu'ils étaient hier. Le mouvement fébrile est léger, la peau est encore sèche et le pouls est encore plein et à 92; les réponses de la patiente sont faciles; elle se plaint de points douloureux dans la poitrine. Notre examen du cœur et des poumons ne nous révèle rien à noter.

Nous prescrivons une nouvelle émission sanguine modérée.

Le soir, la malade me paraît dans de meilleures conditions générales. En effet, plus de fièvre, peau normale, pouls assez mou et à 68. J'examine le fond des yeux qui n'offre qu'une dilatation assez notable des veines rétiniennes. Quant aux yeux, aux paupières, au front et à la lèvre, ils conservent le même vilain aspect.

Le 9 juillet, la protrusion de l'œil droit a considérablement diminué, mais l'œil gauche est entouré d'un chémosis encore plus considérable que les jours précédents : les paupières sont très tuméfiées et l'œdème a gagné toute la face gauche. La face droite est peu œdématiée : toute la figure est violette. La fièvre a reparu, la peau est brûlante, et le pouls est plein et rapide; la malade répond plus difficilement aux questions que nous lui adressons, elle est comme somnolente. Aucune paralysie des membres.

Nous prescrivons de nouveau des sangsues et nous faisons continuer les autres remèdes (frictions mercurielles, applications émollientes, quinine).

A ma visite du soir, j'apprends que, malgré les avertissements qu'à plusieurs reprises depuis ma première visite j'avais donnés au sujet de la gravité de la maladie, le mari n'a pu vaincre les préjugés de sa belle-mère : celle-ci a voulu recourir à des remèdes familiers. Nos prescriptions n'ayant pas été suivies, je me retire et je préviens mon honorable confrère de ce qui arrive.

Le 11 juillet, M. D. vient me prier d'aller revoir de nouveau sa femme qu'il trouve mieux. Désireux de suivre ce cas jusqu'à la fin, je consens à y retourner avec M. le Dr Borlée. Nous retrouvons la malade dans le coma : elle ne comprend plus rien, elle ne semble plus entendre. L'œdème des paupières a diminué, la protrusion des globes oculaires est moindre, la face gauche encore tuméfiée est paralysée; mais la couleur de la figure a changé : la teinte violacée a fait place à la pâleur; les lèvres moins gonflées sont presque blanches. Lorsque je veux relever les paupières pour découvrir les globes, la patiente cherche à écarter mes mains. Le pouls est petit et d'une fréquence excessive, la peau est sèche et brûlante. La malade n'accepte plus même un peu d'eau. Nous prescrivons un lavement purgatif et des granules d'aconitine. Le soir, on nous informe que le lavement a été administré et qu'on n'a pu faire prendre que trois granules. L'état s'est encore aggravé depuis le matin : la respiration est devenue difficile, la peau est moite, le pouls ne

peut plus être compté. Madame D. meurt quelques heures plus tard.

La réunion des symptômes que j'ai rapportés, « l'œdème du tissu cellulaire de l'orbite et des paupières, la dilatation et l'immobilité absolue de la pupille, la perte complète de la vision, la paralysie des muscles du globe oculaire, phénomènes se déclarant ensuite au second œil et s'accompagnant de fièvre, de torpeur cérébrale et de paralysie faciale, » établit qu'il s'agissait d'une affection localisée en arrière de l'orbite. Tous ces signes, avec le degré élevé des troubles circulatoires, fixent le siège du mal dans les veines. De plus, la mort rapide et la comparaison des symptômes présentés par notre malade avec ceux qu'on lit dans les observations de Knapp où l'autopsie a pu être pratiquée, nous autorisent parfaitement à porter le diagnostic de « thrombose des sinus caverneux ». Cette affection du reste ne peut guère être confondue avec une autre.

En parcourant les diverses observations qui ont été relatées, nous remarquons que différentes causes ont été signalées : La thrombose des veines de l'orbite et des sinus caverneux peut se produire pendant le cours d'un érésipèle de la face. On l'observe encore dans la périostite et dans l'inflammation phlegmoneuse de l'orbite, dans les fièvres graves, dans le refroidissement du corps; j'en ai connu un cas dans une angine de poitrine.

Quant au cas qui précède, je ne puis l'attribuer à aucune cause déterminée.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2.